

Artículo de Investigación

Conducta frente a la prueba de Papanicolaou: la voz de las pacientes ante la neoplasia de cuello uterino

Conduct in regard to the papanicolaou test: The voice of the patients in face of abnormal growth in the cervix

Comportamento frente ao exame do Papanicolau: a voz das pacientes diante da neoplasia do colo do útero

Lorena **Mahecha-Gamboa**; Steffany **Villate-Soto**; Devi **Puerto-Jiménez**

Cómo citar este artículo

Mahecha-Gamboa Lorena; Villate-Soto Steffany; Puerto-Jiménez Devi. Conducta frente a la prueba de Papanicolaou: la voz de las pacientes ante la neoplasia de cuello uterino. Revista Colombiana de Enfermería. 2019, v. 18, n. 1, e002.

<https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2294>

Recibido: 2018-04-18; aprobado: 2018-12-05

Lorena Mahecha-Gamboa: Enfermera, maestrante en Salud Pública. Instituto Nacional de Cancerología ESE Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-4670-3487>

emahecha@cancer.gov.co

Steffany Villate-Soto: Enfermera, maestrante en Epidemiología Clínica. Instituto Nacional de Cancerología ESE. Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0001-5140-7976>

slvillate@cancer.gov.co

Devi Puerto-Jiménez: Médica, especialista en Epidemiología y en Gerencia de la Salud Pública, magíster en Administración. Instituto Nacional de Cancerología ESE Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0003-0460-7769>

dnpuerto@cancer.gov.co

RESUMEN

Objetivo: describir la conducta frente a la toma de citología de cuello uterino de las mujeres que acuden a un centro de atención primaria de la localidad de Suba. **Metodología:** estudio descriptivo observacional de corte transversal a través de la aplicación de una encuesta a 100 mujeres que asistieron para la toma de la citología a un punto de atención primaria en salud de una localidad de la ciudad de Bogotá. **Resultados:** el 94 % de las mujeres conoce el objetivo de la prueba, el 60 % de las encuestadas refieren temor al resultado. La principal razón por la cual las participantes deciden no tomarse la citología son barreras socioculturales.

Conclusiones: a pesar que la mayoría de las mujeres manifestaron conocer la importancia de realizarse el examen y deciden voluntariamente acceder a él, expresan experimentar diferentes sentimientos catalogados como negativos frente a este; la pena, la vergüenza y el miedo al dolor son impedimentos principales que limitan el acceso a la prueba de Papanicolaou; no obstante, más de la mitad de las participantes refieren sentir temor a los resultados de dicho examen.

Palabras clave: neoplasias del cuello uterino; cribado; conducta; prueba de Papanicolaou; cáncer de cuello uterino; ca de cuello uterino; citología vaginal; barreras; examen diagnóstico; prevención.

ABSTRACT

Objective: To describe the conduct of women who attend a primary care center in the town of Suba in regard to cervical cytology. **Methodology:** Cross-sectional, observational, descriptive study through a survey of 100 women who attended a point of primary health care in a locality of the city of Bogotá to take a cytology. **Results:** 94 % of the women know the objective of the test, 60 % of respondents report fear of the result of the cytology. The main reason why the participants decide not to take the cytology are socio-cultural barriers. **Conclusions:** Although the majority of women expressed knowledge of the importance of the examination and voluntarily decide to access it, they express experiencing different feelings categorized as negative in the face of examination: grief, shame and fear of pain are the main personal barriers that limit access to cytology; however, more than half of the participants report feeling afraid of the results of this examination.

Key words: uterine cervical neoplasms; straining; behavior; Papanicolaou test; cervical cancer; ca cancer; vaginal cytology; barriers; diagnostic test; prevention.

RESUMO

Objetivo: descrever o comportamento frente à citologia de colo do útero das mulheres que vão para o centro de atenção primária da localidade de Suba. **Metodologia:** foi realizado um estudo descritivo transversal observacional, através da aplicação de um inquérito para 100 mulheres que participaram da coleta da citologia em um ponto de cuidados primários de saúde em um distrito da cidade de Bogotá. **Resultados:** 94% das mulheres sabem o propósito do teste, 60% das mulheres inquiridas mencionam medo do resultado. A principal razão pela qual as mulheres escolhem não realizar a citologia são barreiras socioculturais. **Conclusões:** embora a maioria das mulheres expresse conhecimento sobre a importância do exame e decida voluntariamente por realizá-lo, elas expressam sentimentos diferentes, categorizados como negativos, diante do exame, o luto, a vergonha e o medo da dor são as principais barreiras pessoais que limitam o acesso ao exame de Papanicolaou; no entanto, mais da metade das participantes relatam sentir medo dos resultados desse exame.

Palavras-chave: neoplasias do colo do útero; triagem; comportamento; teste de Papanicolaou ; câncer do colo do útero; ca do colo do útero; citologia vaginal; barreiras; diagnóstico; prevenção.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, el cáncer de cuello uterino (CCU) es la séptima causa de muerte por neoplasia en mujeres, con tasas de incidencia y mortalidad estimadas para el 2018 de 13,1 y 6,9 por 100.000 habitantes, respectivamente, lo cual representa el 3,5 % de todas las muertes por cáncer en dicha población (1). Durante el periodo 2007-2011, en Colombia se presentaron 4.462 casos de CCU nuevos al año, con una tasa de mortalidad ajustada por edad (TAE) de 8,2 por 100.000 mujeres. En Bogotá, esta enfermedad es la tercera causa de incidencia de neoplasias malignas (TAE de 14,8 por 100.000) con una TAE de mortalidad de 6,5 por 100.000 mujeres (2).

Este tipo de cáncer continúa siendo un problema de interés para el sector de la salud pública a escala mundial; se presenta en mayor proporción en los países en vía de desarrollo; su alta incidencia está directamente relacionada con la pobreza y las malas condiciones sanitarias de la población general (3).

Colombia no es ajena a la situación pues la dispersión geográfica es un aspecto negativo en los desenlaces de CCU y se ha evidenciado que las mujeres de departamentos lejanos, zonas limítrofes y territorios aledaños a las riberas de los ríos tienen mayor riesgo de desarrollar esta patología. Lo

anterior indica que esta se presenta de forma diferenciada en las regiones (4); sumado a esto, están también las barreras de acceso a los servicios de salud, las cuales son atribuidas a factores de oferta y demanda (5). Por ejemplo, un estudio realizado en la ciudad de Medellín identificó cinco tipos de barreras relacionadas con la accesibilidad al sistema de salud: administrativas, geográficas, normativas, poca oferta, y contexto cultural, social, político y económico, que obstaculizan el goce a la salud como un derecho (5). No obstante, estas barreras interfieren en la calidad y la eficiencia de los servicios de salud. Por otra parte, se encontró que las mujeres tienen diferentes conductas frente a la toma de la citología en razón a la baja conciencia de autocuidado (6). Socialmente son notorias las diferencias y, especialmente, las desigualdades frente al comportamiento de los distintos tipos de cáncer. También se ha detectado que el CCU afecta principalmente a las poblaciones más vulnerables (límitrofes o alejadas de las urbes) y con altos niveles de pobreza, lo cual evidencia mayor sobrecarga de la enfermedad en el aseguramiento del régimen subsidiado ¹(7).

En consecuencia, el cáncer de cuello uterino se considera una enfermedad propia de las poblaciones más pobres y vulnerables, que se ha convertido en un problema social, de equidad, género y educación (8). Dado este contexto, es pertinente señalar que, hoy en día en Colombia, las desigualdades entre clases supera el contexto latinoamericano (9). Esta inequidad, principalmente en los ingresos, afecta de manera directa los diferentes ámbitos del desarrollo de las personas, como educación, salud, condiciones de vivienda entre otras; condiciones que son imprescindibles para lograr el bienestar necesario y gozar de una calidad de vida óptima (9).

En Colombia se han desarrollado diferentes estrategias para abordar la problemática del CCU. La prueba de Papanicolaou, también llamada citología vaginal, ha sido considerada desde el siglo XIX el examen más importante de detección temprana del CCU (10). Las entidades gubernamentales de diversos países, tanto de alto como de bajo desarrollo, la han incluido dentro de los diferentes

programas de tamización para cáncer y sus respectivas rutas de atención integral (11).

A pesar de que las mujeres tienen derecho a las diferentes pruebas de tamización, estas se ven condicionadas por el acceso limitado al sistema de salud, lo cual hace que persistan las inequidades. Actualmente, se presentan diferentes limitaciones que afectan el funcionamiento efectivo de los programas de tamización, dentro de las que se encuentran las barreras psicosociales de las pacientes y el impacto de sus contextos en la construcción del concepto de autocuidado y de la inclusión de la prueba de Papanicolaou dentro de este proceso, las cuales no son tenidas en cuenta al momento de generar estrategias de impacto de los programas de detección oportuna de cáncer (12). Por esto, el objetivo del presente trabajo fue describir cuál es la conducta de las mujeres frente a la toma de la muestra de Papanicolaou que acuden a un centro de atención primaria de la localidad de Suba.

MÉTODOLOGÍA

Tipo de estudio y población

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con 100 mujeres que asistieron voluntariamente para la toma de la prueba de Papanicolaou a un punto de atención primaria en salud de la localidad de Suba en Bogotá.

Instrumento

Se diseñó una encuesta con 23 preguntas, tanto abiertas como de respuesta múltiple tipo Likert para medir tres tipos de variables: sociodemográficas, clínicas y de conducta. Para evaluar las variables sociodemográficas se utilizaron preguntas abiertas en las cuales se indagó por edad, barrio de residencia, grado de escolaridad, ocupación actual, estrato socioeconómico, estado civil y tipo de vinculación al sistema de salud. Las variables clínicas se establecieron mediante preguntas abiertas sobre número de embarazos, fecha de último parto, tiempo transcurrido desde la realización de la última citología; por último, se indagó a través de pregunta de selección múltiple la asistencia a consulta relacionada con los resultados de la última citología.

1. Régimen subsidiado: mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

Las variables de conducta se abordaron con dos tipos de preguntas. Para identificar el impacto causado por el examen y los motivos por los que han decidido no tomarse el examen, se utilizaron preguntas de selección múltiple o con múltiple respuesta. Se indagó acerca de siete aspectos mediante preguntas de respuestas dicotómicas y con pregunta abierta para indagar el porqué de los siguientes temas: conocimiento del objetivo de la toma del Papanicolaou; confianza en los profesionales de la salud que toman la prueba; tranquilidad al momento de realizarse el examen; explicación por parte de los profesionales frente a la importancia del examen y el objetivo de tomarse la CCU; si hubo temor frente al resultado; razón por la que había decidido tomarse el examen; y dificultades o barreras para asignación de una cita. También se indagó si la paciente conocía sobre qué grupo de mujeres debía realizarse la prueba de Papanicolaou, el esquema de tamización y las secuelas o consecuencias del procedimiento; estos tres aspectos fueron abordados con preguntas abiertas.

Procedimiento

Se realizó una prueba piloto del instrumento con 60 mujeres de la misma localidad, entre febrero y abril de 2017. De acuerdo con los resultados, se ampliaron las preguntas de manera tal que permitieran obtener información detallada que incluyera datos sociodemográficos, conocimientos, actitudes y barreras frente a la toma del Papanicolaou con el fin de caracterizar la población que asiste a esta institución. Una vez ajustada la encuesta, en el periodo de mayo a julio de 2017, se aplicó a 100 mujeres que acudieron a la toma de la citología de manera espontánea a dicho punto de atención primaria en salud.

Tamaño de muestra y tipo de muestreo

Se reporta un total de 118.392 de mujeres entre 15 y 65 años de edad en el municipio; de ellas, un promedio de 300 asisten a este punto de atención primaria para la realización de tamizaje con Papanicolaou mensualmente. El tamaño de muestra se calculó con una frecuencia anticipada del 7 %, un margen de error del 5 % y un nivel de confianza del 95 %, para lo cual el tamaño de la muestra requerido fue de 100 pacientes. El tipo de muestreo fue por conveniencia.

Como criterios de elegibilidad para la toma de la citología vaginal se tuvieron en cuenta los lineamientos nacionales en la materia (Anexo técnico de la Resolución 412 del 2000) (13). A cada participante se le informó verbalmente los objetivos del estudio al momento de generar el consentimiento informado; se le explicó que su participación era voluntaria y que podían retirarse en el momento que así lo decidieran. No se solicitaron datos de identificación de las pacientes dado que no era relevante. Para proteger su identidad, se les indicó que la información consignada tenía fines académicos no punitivos y que se manejaría bajo el acuerdo de confidencialidad por parte de todos los investigadores.

Se utilizó el programa estadístico stata - versión 13 para hacer el análisis descriptivo de las variables numéricas y se establecieron los valores de media, mediana, ric y desviación estándar. Las variables categóricas se presentan a través de frecuencias absolutas y porcentajes. Para las preguntas abiertas, se hizo un análisis del contenido con el método de codificación, posterior a la transcripción de la información; se generaron tres categorías dentro de las cuales están: las razones personales de las pacientes, las razones de los profesionales de la salud y razones del sistema de salud (de las instituciones prestadoras de salud (IPS), empresas promotoras de salud (EPS) o del Estado colombiano), las cuales permitieron hacer la descripción temática de las respuestas de las participantes.

RESULTADOS

En cuanto a las características sociodemográficas de la población encuestada, la edad promedio fue de 45,5 años. El 100 % estaba afiliada al régimen subsidiado y pertenecía en su mayoría a los estratos socioeconómicos 1 (17 %) y 2 (82 %). Respecto al nivel educativo alcanzado, el 47 % había cursado básica primaria, el 17 % secundaria completa, el 27 % no había completado la educación secundaria y el 9 % contaba con estudios a nivel técnico o universitario.

El 59 % de las participantes eran amas de casa, 8 % estaban desempleadas, 15 % eran empleadas dependientes, 15 % laboraban de manera independiente y el 3 % se dedicaban a estudiar. El 64 % reportó

estar casada o vivir en unión libre con su pareja, el 24 % eran solteras y el 12 % viudas o divorciadas.

Cabe resaltar que las mujeres encuestadas son multi-
paras con un promedio de 7 partos (véase Tabla 1).

Variable sociodemográfica		n.º	Porcentaje (%)
Edad		45,5	sd 14,244
Número de embarazos		7	RIC 2,8-8,0
Grado de escolaridad		20	20
	Primaria incompleta	27	27
	Secundaria completa	17	17
	Secundaria incompleta	27	27
	Técnico o tecnológico	8	8
	Universitaria completa	1	1
	Universitaria incompleta	0	0
	Especialización	0	0
	Maestría o doctorado	0	0
	Ninguna	0	0
Ocupación actual	Ama de casa	59	59
	Estudiante	3	3
	Empleada	15	15
	Independiente	15	15
	Desempleada	8	8
	Otro	0	0
Estrato socioeconómico	1	17	17
	2	82	82
	3	1	1
	4	0	0
	5	0	0
	6	0	0
Estado civil	Casada	23	23
	Soltera	24	24
	Unión libre	41	41
	Divorciada	7	7
	Viuda	5	5
	Otro	0	0
Aseguramiento social	Subsidiado	100	100
	Contributivo	0	0
	Especial	0	0
	No está afiliada	0	0
	Otro	0	0

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas

Al indagar a las mujeres sobre el momento en que se habían realizado la última citología vaginal, el 47 % manifestó que hacía un año o menos, el 27 % afirmó que hacía dos años, el 14 % hacía más de tres años, el 8 % hacía tres años, mientras que un 4 % nunca se la había realizado. Con relación a la reclamación de los resultados de la última cito-

logía, el 91 % manifestó que los reclamó y un 5 % afirmó que no lo hizo por situaciones de olvido, viaje o pereza y por barreras administrativas en las entidades prestadoras de salud.

Con respecto al conocimiento y al objetivo final de la prueba de Papanicolaou, el 94 % de las mujeres declararon que conocían para qué se realiza el

examen; de ellas, el 49 % manifestó que es para detectar cáncer de cuello uterino, el 26 % considera que es una medida de prevención para evitarlo, el 16 % para detectar infecciones y el 3 % para detectar flujos; el 6 % de las mujeres encuestadas manifestaron no conocer el objetivo del examen de Papanicolaou. El 20 % de las encuestadas refirieron que los profesionales de la salud no les habían explicado claramente la importancia y el objetivo de tomarse esta muestra.

El 96 % de las mujeres afirmaron que el profesional de la salud les generó confianza y tranquilidad en el momento de realizar este examen, dado que en su mayoría lo practican enfermeras o médicas y el 4 % refirieron que la mala atención por parte del profesional no le había dado tranquilidad durante el desarrollo del examen. El 62 % de las encuestadas se realizaron la citología por voluntad propia y el 35 % por orden médica.

El 18 % de las encuestadas encontraron barreras para la prestación de los servicios de salud cuando acudieron a solicitar una cita para la toma de la citología vaginal, dificultades que se relacionan con la falta de disponibilidad de agenda, fallas en el sistema o por razones como el no portar el carnet de salud; situación en el cual no se le da cumplimiento a los atributos de la atención primaria en salud. Sin embargo, el 82 % manifestó no haber tenido inconvenientes para la solicitud de citas. En cuanto a las secuelas del examen, las encuestadas informaron que la toma de la citología deja sangrado (7 %), dolor (5 %), flujos (2 %), pero el 57 % refirió que no sabía si la toma de la citología generaba consecuencias y el 29 % indicó que tomarse el examen no tenía ninguna secuela.

El 75 % de las mujeres reportaron que el examen de Papanicolaou debe realizarse con una frecuencia anual, el 8 % cada seis meses y el 10 % desconoce el esquema de tamización. Por último, al indagar acerca de cuál es la población objeto de esta prueba, el 48 % refirió que todas deben someterse al examen, el 31 % de ellas no lo sabía, el 16 % indicó que después de iniciar relaciones sexuales, el 3 % después de los veinte años y el 2 % cuando se diagnostica cáncer de cuello uterino.

Se pudo determinar que la prueba genera sentimientos de pena, vergüenza, miedo al dolor,

incomodidad, miedo a sangrar y temores; sin embargo, es importante destacar que estos sentimientos, según las encuestadas, no se constituyeron en barreras para acudir voluntariamente a su realización (véase Tabla 2).

La principal razón que las mujeres encuestadas aducen para no haber accedido en el pasado a la toma del examen de Papanicolaou es vergüenza, seguida por temor, miedo al diagnóstico, pereza e incomodidad; el 34 % refirió que no habían tenido motivos para la no realización de la toma del examen. Ninguna de las encuestadas manifestó prohibición por parte de su pareja para realizar el examen (véase Tabla 3).

Impacto	n.º	Porcentaje (%)
Pena	37	37
Vergüenza	33	33
Miedo al dolor	27	27
Ninguno	16	16
Temor	10	10
Incomodidad	9	9
Miedo a sangrar	7	7

Tabla 2. Impacto causado por la toma del examen de Papanicolaou

Motivo	n.º	Porcentaje (%)
Vergüenza	34	34
Ninguno	34	34
Temor	17	17
Miedo al diagnóstico	11	11
Pereza	9	9
Incomodidad	7	7
Falta de tiempo	2	2
Olvido	2	2
Dolor a la toma	1	1
Prohibición de la pareja	0	0

Tabla 3. Motivo que ha impedido la toma de la prueba de Papanicolaou

Temor frente al resultado de la prueba		n.º	Porcentaje (%)
Sí		60	60
No		40	40
Causa del temor	A estar enferma	21	35
	A que salga algo inesperado en el resultado	16	27
	Al diagnóstico de cáncer	12	20
	A tener una infección vaginal	3	5
	Por antecedente de procedimientos en el cuello uterino	2	3
	Por desconfianza de la pareja sexual	2	3
	A morir	1	2
	Resultado anterior anormal	1	2
	Porque a la mamá le quitaron la matriz	1	2
	Tener virus del papiloma humano	1	2

Tabla 4. Temores frente a los resultados de la prueba de Papanicolaou

Por otro lado, el 60 % de las mujeres encuestadas manifestaron presentar temor ante el resultado de la citología, pues consideran, en su mayoría, que esta les puede diagnosticar cáncer o enfermedad o temen recibir resultados inesperados (véase Tabla 4).

DISCUSIÓN

El cáncer de cuello uterino sigue siendo uno de los tipos de cáncer más incidente en la población femenina, lo que genera un problema para los sectores de la salud pública en el país. Este estudio aporta hallazgos importantes para la toma de decisiones y la implementación de nuevas medidas o estrategias que fortalezcan los programas de tamización que se desarrollan con el fin de reducir las cifras de mortalidad por este tipo de neoplasia.

Con relación al nivel educativo de las mujeres que fueron encuestadas, es importante destacar que la mayoría de ellas tiene un nivel educativo bajo, con estudios básicos incompletos, lo cual evidencia que no han tenido la oportunidad de acceder a una educación formal. Lo anterior cobra relevancia sabiendo que el cáncer de cuello uterino es una patología asociada con pobreza, situaciones de inequidad y desigualdades socioeconómicas. Una revisión de literatura realizada en Chile estableció una relación directa entre el bajo nivel educativo

con menor adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino asociado a una mayor probabilidad de desarrollar cáncer; parámetros que caracterizan la pobreza y las condiciones de desventaja estructural desde un enfoque de determinantes sociales de la salud a los que se enfrentan las mujeres (14).

El bajo nivel de escolaridad y el estatus laboral son considerados barreras que afectan el seguimiento citológico de las mujeres dado que, como algunos autores lo consideran, hace que ellas tengan menos recursos materiales y cognitivos para entender los riesgos del cáncer de cuello uterino, todos los aspectos y factores relacionados con este; de manera tal que impiden que las mujeres tengan conductas adaptativas en este contexto (15). Sin embargo, la influencia significativa del estrato socioeconómico y la ocupación de las mujeres encuestadas coincide con un estudio previo que indica que la situación laboral es una muestra representativa del bajo nivel socioeconómico, lo cual refleja las mayores disparidades en el acceso y la adopción de la atención médica (15). Por el contrario, algunos autores como Farfán y colegas difieren al afirmar que el aspecto socioeconómico no es considerado una barrera para la realización de la citología vaginal (16). Esto explica que sean las poblaciones más pobres las que tienen mayor riesgo de enfermar y que, a pesar de los grandes avances a nivel del desarrollo interno

de los diferentes países, no se haya podido eliminar el ciclo pobreza-enfermedad, situación de la que no escapa Colombia.

Es importante resaltar que la mayoría de las mujeres encuestadas asisten anualmente a la toma del examen de Papanicolaou; si bien este no es el esquema actual recomendado, sí permite que las mujeres acudan a sus pruebas de manera regular. Ahora bien, también representa otro reto frente a la educación en el esquema correspondiente. Estas pacientes encuestadas fueron las que accedieron de manera voluntaria al punto de atención, por lo cual podría ser que estas mujeres son las de mayor autocuidado y mayor regularidad en sus controles citológicos. El verdadero trabajo por enfrentar en el sistema es ubicar, inducir a la demanda, sensibilizar y tamizar a las mujeres que nunca se han tamizado o aquellas que lo hacen con periodicidades muy amplias.

El anterior resultado concuerda con lo reportado en el estudio de Barrios y colegas, quienes encontraron que las mujeres no tienen una continuidad en el esquema establecido por el organismo nacional, puesto que la mayoría de la población cree que la frecuencia para realización de la citología debe ser anual (17).

Según los resultados del presente estudio, las mujeres conocen la prueba de Papanicolaou en un 94 %, y el 91 % de ellas reclaman los resultados; estos datos son semejantes a los obtenidos en la Encuesta de Demografía y Salud (ends) de 2015, la cual encontró que el 99,4 % de las mujeres de 21 a 69 años conoce en qué consiste la prueba de Papanicolaou y el 91,1 % reclamó el resultado (18).

Respecto a las barreras administrativas, el mayor porcentaje de las mujeres manifestó que la no disponibilidad de citas es la mayor restricción, seguida de deficiencias en el sistema y, por último, no presentar el carnet de salud; en la ends de 2015 (18), el 55,5 % de las mujeres manifestó razones que son atribuidas a los servicios de salud, falta de atención, filas muy largas, así como demoras en la atención y la asignación de citas. Desde otra perspectiva, un estudio realizado en Sincelejo y Cartagena (Colombia) en el 2011 señaló que las

mujeres participantes no informaron de inconvenientes de acceso a los servicios de salud (17).

De otra parte, una investigación realizada en zonas urbanas de Colombia indica que las acciones que se han implementado como estrategia para incrementar la cobertura de la toma de la muestra de Papanicolaou pueden enfocarse en disminuir las limitaciones en el acceso a los diferentes servicios de prevención, fortaleciendo las actividades por desarrollar en los centros de atención primaria del país (19). El 20 % de las participantes en este estudio manifestaron que el profesional de la salud no les había explicado la importancia y el objetivo de tomarse la prueba. Estos resultados coinciden con el de unas entrevistadas realizadas a mujeres de la ciudad de Bogotá, quienes afirmaron que no habían recibido información por parte de los profesionales de salud sobre la importancia de la realizarse la citología, el procedimiento, la interpretación de los resultados y las implicaciones de este en la vida diaria, ni sobre el tratamiento que se debiera recibir en caso de ser necesario (20).

A diferencia de otras investigaciones, en el presente estudio no se encontró prohibición de la pareja como motivo para no tomarse el examen de Papanicolaou; sin embargo, una investigación desarrollada en el municipio de Soacha revela que la pareja puede convertirse en un obstáculo para la toma de la citología pues, según testimonio de las mujeres, algunos hombres, al tener desconfianza de su pareja, consideran que la mujer no se dirige a la consulta médica sino a otro lugar (21).

Las mujeres encuestadas manifestaron temor frente al resultado de la citología vaginal, a presentar una enfermedad, a tener cáncer o recibir resultados inesperados. Esto refleja que asocian la citología con el diagnóstico de cáncer y percibiendo esta enfermedad como incurable y ligada a la muerte. Una investigación sobre el tema mostró que las mujeres de mayor edad tienen actitudes fatalistas, de negación de la enfermedad, así como temor a que los resultados indiquen la presencia de enfermedad (22).

Según lo reportado por las mujeres encuestadas, tomarse la citología se ha convertido en la forma más efectiva tanto de tamizar el cáncer de cuello uterino, las infecciones, el flujo, como de prevenir

enfermedades. Este escenario puede ser explicado por estudios previos que coinciden con lo informado en este estudio; por ejemplo, Wiesner-Ceballos y colegas, reportan que las mujeres asocian la toma de la citología como un examen para prevenir infecciones, precáncer y cáncer (21). Las razones y las barreras socioculturales más enunciadas por las cuales las mujeres encuestadas han decidido en el pasado no realizarse la citología son: vergüenza, temor, pereza, incomodidad y miedo al diagnóstico. De acuerdo a lo reportado por mujeres de bajo y medio estrato socioeconómico en Bogotá, Colombia, los inconvenientes asociados al examen son la incomodidad, el dolor y la pena (23).

La Organización Panamericana de la Salud hace algunas recomendaciones puntuales para crear y desarrollar un programa eficaz de prevención enfocado en el control del cáncer de cuello uterino. Describe varios aspectos que se deben tener en cuenta, entre ellos, la cobertura de la población y la calidad en la atención por parte de los servicios de tamizaje y detección temprana; también resalta la importancia de la disponibilidad de un diagnóstico, tratamiento y atención integral, rápida, confiable y de fácil acceso (24). Una revisión realizada respecto a los programas de detección temprana del cáncer de cuello uterino en países de ingresos bajos y medianos concluye que se requieren programas organizados con recursos económicos suficientes para: mejorar la infraestructura necesaria para la atención de la población en riesgo; capacitar y recapacitar al personal de salud; idear nuevos mecanismos de vigilancia activa para tamización, e invertir gran parte del recurso en la investigación, tratamiento y seguimiento dentro de un sistema de salud articulado con las mujeres que presenten alguna condición de riesgo actual o futura (25).

Cuando en este estudio se abordó la conducta de las mujeres frente al examen se puede resaltar que el 97 % de ellas han experimentado sentimientos de pena, vergüenza y miedo al dolor y han referido que estos son los aspectos más difíciles de manejar durante la toma del examen; estos hallazgos no se alejan de los resultados de investigaciones como la de Saldaña y colegas (26), quienes encontraron estas mismas experiencias catalogadas en su estudio como actitudes/emociones de la mujer y tabú de la

sexualidad, caracterizadas como barreras culturales de alta predominancia. Se conoce que este examen es una experiencia que afecta el pudor de las mujeres, especialmente por la incomodidad de la posición de litotomía requerida, la exposición de sus genitales frente a un desconocido y el temor al maltrato con la introducción del espéculo, dadas las diferentes condiciones fisiológicas.

Aunado a estas razones, se pueden analizar los tres motivos predominantes por los cuales las mujeres deciden no tomarse el examen: en este estudio la principal causa fue la vergüenza, reportada por el 34 % de las encuestadas; sin embargo, es importante señalar que otro 34 % refirió no tener ninguna razón específica para actuar de esta manera. Lo anterior genera grandes interrogantes para los involucrados en el área de la salud, ya que invita a reflexionar y pensar si se trata de desconocimiento, como lo reportan diversos estudios (26), según los cuales la desinformación de las mujeres frente a la importancia de realizarse el examen, sus posibles complicaciones y su frecuencia de toma son pilares que marcan la brecha de cobertura en temas de cáncer de cuello uterino; o por descuido frente al cuidado de su salud, tal como lo reporta el estudio de Fajardo (27).

De acuerdo con los resultados, el 60 % de las mujeres refieren experimentar temor al reporte, especialmente al diagnóstico de cáncer o a un resultado inesperado. Este hallazgo no difiere de los reportados en otros estudios (26), en los que este sentimiento se incluye dentro de las barreras psicosociales y se considera causa de la ambivalencia entre querer y no querer realizarse la prueba. Parte de todas estas barreras que se ponen al descubierto en las investigaciones pretenden que los tomadores de decisiones puedan implementar estrategias que tengan en cuenta estas conductas, experiencias y sentimientos referidos por las pacientes para que se puedan adelantar acciones de mejora que limiten su impacto negativo sobre la asistencia de las pacientes a la realización de la prueba.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos, se puede identificar la necesidad de mejorar los procesos de educación continua, tanto a los profesionales del área de la

salud como a las mujeres en general, no solo de cara a las nuevas pruebas disponibles para la tamización en cáncer de cuello uterino, sino frente al esquema de tamización sugerido y las prácticas preventivas del cáncer de cuello uterino. Según los resultados obtenidos, existen motivos personales que afectan la demanda de los servicios, tales como el miedo, la vergüenza y el temor frente a la prueba de Papanicolaou y, en especial, a un diagnóstico de cáncer. En relación con esto, se encontró un vacío en las asesorías antes y después de la prueba, fases que deberían enfocarse en el afrontamiento del examen y su resultado.

Los resultados de este estudio reflejan que el grado de escolaridad se relaciona con el desconocimiento, situación que indica que es necesario que los programas de detección temprana del cáncer de cuello uterino cuenten con un enfoque diferencial y aborde las inequidades propias de esta patología. Las desigualdades requieren un análisis a profundidad para mostrar la realidad y, a partir del conocimiento, generar intervenciones efectivas, por lo cual la participación y el compromiso político son las claves en la consecución de la justicia social requerida para disminuir las desigualdades en salud y la creación de políticas en este campo. Si se mejoran las estrategias de capacitación, información, comunicación y educación dadas a las mujeres para que tiendan al autocuidado, generen conciencia y adopten conductas saludables, se podrá multiplicar el conocimiento de las acciones protectoras que se deben desarrollar para prevenir esta patología.

Según los resultados de este estudio, la mayoría de las mujeres no solo conocen la existencia de la citología sino también su funcionalidad y el hábito de reclamar los resultados. Sin embargo, se necesita trabajar en la sensibilización de las mujeres respecto a mitos, temores y barreras socioculturales, mediante la generación de programas de capacitación integrales, que reconozcan las inequidades dadas por el nivel socioeconómico y educativo; además, buscar el empoderamiento de las pacientes, mayor autocuidado, autoconocimiento, participación en los programas ofertados y continuidad en los esquemas de tamización, diagnóstico y tratamiento.

Este artículo resulta ser una oportunidad para comprender el fenómeno desde una mirada sociocultural y abre la puerta para estudios futuros de mayor envergadura, que reconozcan los determinantes sociales en salud. Sus resultados ofrecen información sobre la localidad de Suba que pueden servir para orientar el diseño de estrategias de intervención con enfoque de derechos y enfoque diferencial.

Dentro de las limitaciones de este estudio está el no haber contado con un muestreo aleatorio de las mujeres. Por tanto, no se pueden generalizar los resultados; además, se llevó a cabo en un solo centro de atención primaria, lo que puede generar ciertas conductas contexto-dependientes; así mismo, no se tuvo acceso a las conductas de mujeres que no asisten voluntariamente a los servicios de prevención y promoción, quienes pueden referir otro tipo de barreras.

RECOMENDACIONES

Los autores de este estudio sugieren que los servicios de tamización para cáncer de cuello uterino del país implementen medidas estratégicas como la prestación de los servicios de salud a libre demanda, sin horarios restringidos ni limitaciones administrativas que obstaculicen el acceso. Además es importante que los profesionales de la salud brinden un ambiente de comodidad y tranquilidad para las mujeres, dado que se conoce que este es un procedimiento que genera incomodidad y alteración de su privacidad. En particular, los profesionales en enfermería deberán favorecer estos espacios para que las mujeres tengan una experiencia que no genere temor ni rechazo por parte de ellas; el buen trato y la comunicación asertiva deben ser parte de las principales herramientas en el proceso de la atención a las pacientes.

Acciones como las anteriores ayudarán a que las pacientes acojan de manera efectiva estos procedimientos y permitirán que el sistema de salud detecte oportunamente las lesiones preneoplásicas y evite que puedan progresar a un tumor cancerígeno. Por su parte, los médicos deben fortalecer la educación de las pacientes en el marco de sus consultas habituales orientándolas respecto a las estrategias de detección temprana de diferentes tipos de cáncer

como el de mama, cuello uterino, colon y recto. No es suficiente con brindar información; el sistema de salud debe procurar que esta sea comprendida, incorporada y puesta en práctica, para así decir que el aprendizaje fue significativo. En ocasiones, el solo hecho de brindar datos e información no garantiza el cambio conductual esperado.

Por otra parte, se debe seguir trabajando por mejorar la operatividad del sistema, eliminando barreras de acceso a estas pruebas en aspectos básicos como el mantenimiento de agendas disponibles para la toma de la muestra de Papanicolaou. Es inadmisibles que con el sistema de salud actual y la gratuidad en las pruebas aún las mujeres refieran barreras para acceder a ellas. Por último, se sugiere realizar estudios cualitativos para profundizar en aspectos relevantes frente a dichas conductas e investigaciones cuantitativas multicéntricas que favorezcan el

análisis por subgrupos (mujeres de estrato socioeconómico mayor y nivel educativo superior).

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de Cancerología por el interés y trabajo que diariamente realiza por el control integral del cáncer y la salud de la población colombiana y por permitirnos tener acceso a las mujeres participantes en las prácticas de capacitación de los cursos de educación continuada.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del presente artículo manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

El proyecto no contó con ningún tipo de financiación externa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.** Cervical Cancer: estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 Globocan. IARC; Lyon.
<https://gco.iarc.fr/>
2. **Pardo C, Cendales R.** Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011. Vol. 1. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología ESE, Ministerio de Salud y Protección Social. 2015, p 37.
<http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf>
3. **Ministerio de Protección Social de Colombia, Instituto Nacional de Cancerología.** Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia. Bogotá: 2007.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/Guia-tamizacion-cuello-uterino.pdf>
4. **Pardo C, de Vries E, Buitrago L, Gamboa O.** Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. 4.a ed. Bogotá D, C.: Instituto Nacional de Cancerología. 2017, p. 1-108.
http://www.cancer.gov.co/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf
5. **Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R.** Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014, 13(27), 242-65.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>
6. **López-Castillo CA, Calderón MA, González MM.** Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. Rev. Méd. Risaralda. 2013, 19(1), 14-20.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v19n1/v19n1a5.pdf>
7. **Murillo R, Díaz S, Sánchez O, Perry F, Piñeros M, Poveda C. et ál.** Pilot implementation of breast cancer early detection programs in Colombia. Breast Care. 2008, 3(1), 29-32.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931015/>
<https://doi.org/10.1159/000114446>

8. **Palacio-Mejía LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce E.** Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2003, 45(suppl. 3).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14746024>
9. **Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L.** Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2014, 32(3), 305-13.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2014000300005
10. **Bermúdez EL, Castillo G, Coronado C.** Manual de calidad para citología no ginecológica. Laboratorios de patología de nivel III. *Repert Med y Cirugía.* 2006, 15(4), 106-8.
<https://www.fucsalud.edu.co/volumenes/articulos/manual-de-calidad-para-citologia-no-ginecologica-laboratorios-de-patologia-de-nivel-III>
11. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Resolución 3202 de 2016 (adopción del manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas integrales de atención en salud-RIAS. 2016.
https://www.dssa.gov.co/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1418-resolucion-3202-de-2016&category_slug=la-pais-mias-rias-ripss&Itemid=224
12. **Carvajal BA, Guzmán GP, Salas C.** Efectividad de un plan de mejoramiento en tamización cervical en un hospital de primer nivel. *Rev CES Salud Pública.* 2017, 8(1), 108-120.
http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/4426/2823
13. **Ministerio de Salud de Colombia.** Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. 2000, p. 1-6.
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>
14. **Urrutia MT, Gajardo M.** Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015, 80(2), 101-10.
<http://www.revistasochog.cl/files/pdf/TRABAJOSORIGINALES0126.pdf>
15. **Azor S, Miller SM, Wen K, Fang Z, Li T, Buzaglo J, et ál.** Psychosocial barriers to follow-up adherence after an abnormal cervical cytology test result among low-income, inner-city women. *J Prim Care Community Health.* 2014, 5(4), 234-41.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169747/>
<https://doi.org/10.1177/2150131914529307>
16. **Farfan L, Barrón E, Jiménez M, Vasquez E, Ayala S.** Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Rev. Enferm. IMSS.* 2004, 12(3), 123-30.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim043b.pdf>
17. **Barrrios-García L, Benedetti-Padrón I, Alvis-Estrada L, Arroyo-Salgado B.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cérvico-uterina en mujeres de Sincelejo y Cartagena, Colombia. *Rev Cinc Biomed.* 2013, 4(1), 49-55.
<http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/6918/1/citologia%20cervica.pdf>
18. **Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo I Componente Demográfico. 2015, p. 427.
<https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
19. **Lucumí D, Gómez M.** Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Esp Salud Pública.* 2004, v. 78, n. 3, p. 367-77.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000300006

20. **Díaz R.** Lo que hay entre las piernas: vivencias y formas de interpretar el cuerpo y la sexualidad femenina a través de la citología [tesis doctoral]. Bogotá Pontificia Universidad Javeriana. 2011.
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/6359/tesis211.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. **Wiesner-Ceballos C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera JC, Tovar-Murillo SL, Cendales-Duarte R.** La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública.* 2006, 8(3), 185-96.
<http://www.redalyc.org/pdf/422/42280304.pdf>
22. **Ministerio de Salud de la Argentina.** Lo que piensan las mujeres: conocimiento y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del Pap. Buenos Aires; 2013, p. 1-56.
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/09/Lo-que-piensan-las-mujeres.pdf>
23. **Garces IC, Rubio DC, Scarinci IC.** Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2012, 30(1), 7-16.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a02.pdf>
24. **Organización Panamericana de la Salud.** Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2004, p. 1-40.
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/762/92%2075%2032531%206.pdf?sequence=1>
25. **Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R.** Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ.* 2001, 79(10), 954-62.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11693978>
26. **Saldaña-Téllez M, Montero M, López L.** Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca. *Psicosociología, Norteamérica.* 2017, v. 14, n. 2-3.
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57090>
27. **Fajardo AL.** Conducta frente a la toma de la citología vaginal en estudiantes de enfermería superior pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Bogotá (Colombia), 2013. *Archivos de Medicina (Col).* 2014, 14(1), 83-91.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273832164008>